

Novo Alteração

1 TOMADOR DO SEGURO

Nome:

Número Apólice:

2 SEGURADO

Nome:

Morada:

Morada

N.º Andar Cx. Postal Cidade

Província Município País da Morada

Telefone: Sexo M F

Naturalidade: Data Nascimento Entidade:

Nacionalidade:

BI ou Passaporte

N.º Contribuinte Entidade Patronal:

Profissão:

Altos Cargos Públicos (PEP)

Exerce ou exerceu, durante o último ano, um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo

Possui relações de parentesco próximo (cônjuge, pais ou filhos e respetivos cônjuges, ou unidos de facto) com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique o cargo do familiar em causa

Possui relações de natureza comercial ou societária, com uma pessoa titular de um alto cargo de natureza política ou pública? Sim Não

Em caso afirmativo, identifique a relação existente

Participante N.º Admitido na Empresa Ordenado Mensal Euros

Capital Seguro Euros Tem presentemente outro seguro em vigor neste segurador? Sim Não

Especifique:

Declaro desejar ser incluído no Seguro de Grupo em referência a partir de designando, os seguintes Beneficiários:

3 BENEFICIÁRIOS (Em caso de Morte)

Em caso de Morte: Herdeiros legais do Segurado Outras Pessoas (*)

Nomes Completos: *

Nome: Data Nascimento

Morada: N.º Contribuinte:

B. Identidade:

De: emitido por:

Percentagem Repartição Capital %

Nome: Data Nascimento

Morada: N.º Contribuinte:

B. Identidade:

De: emitido por:

Percentagem Repartição Capital %

A falta de designação de beneficiários determinará que a prestação a cargo do segurador seja efectuada nos termos supletivamente previsto no contrato ou na lei.

Lido e Aprovado:

Assinatura: _____

O Segurado

5 DECLARAÇÃO SAÚDE

O(s) Segurado(s) DECLARA(M) estar(em) em bom estado de saúde, não ter(em) restrições na(s) sua(s) capacidade(s) para trabalhar(em), não ter existido interrupções na(s) sua(s) actividade(s) profissional(is) (excepto gravidez), não ter(em) sofrido qualquer acidente, não ter(em) sido submetido(s) e nem estar(em) a aguardar a realização de intervenção cirúrgica, internamento hospitalar, consulta médica não de rotina e qualquer outro tpo de terapêutica. O(s) Segurado(s) DECLARA(M) igualmente, não estar(em) infectado(s) pelo vírus HIV (vírus da SIDA) ou por hepatite de qualquer tipo.

O(s) Segurado(s) CONFIRMAM a exactidão das informações que prestou(aram) e DECLARAM não ter(em) omitido nada em relação ao seu estado de saúde. DECLARA(M) também que a possibilidade de omissão ou inexactidão nas declarações prestadas, por falta de cuidado ou atenção, se encontra excluída. TOMA(MOS) conhecimento de que no caso de não se enquadrar(em) nesta Declaração de Saúde, deve(m) solicitar e preencher o questionário clínico disponibilizado pelo Segurador em formulário próprio.

Lido e Aprovado:

Assinatura conforme BI

O Segurado

6 DESLOCAÇÕES

Tem previsto viajar ou residir fora de Angola por um período superior a 30 dias?

O Segurado Sim Não

Não necessita de declarar férias, viagens ou deslocações até 30 dias na Europa, Canadá, Estados Unidos da América, América Latina, Japão e Oceânia. Caso o País para onde se vá deslocar não se enquadre nos acima indicados, deverá preencher o questionário de residência.

7 DECLARAÇÕES

MOEDA DO CONTRATO

Sem prejuízo das referências efectuadas na apólice a valores monetários poderem, a todo o tempo, serem apresentadas em moeda nacional de acordo com a taxa de câmbio em vigor à data, o Tomador do Seguro concorda que o presente Contrato seja celebrado em moeda estrangeira nomeadamente em Dólares Norte Americanos.

DECLARAÇÃO DE PAGAMENTO DOS PRÉMIOS

Quando o prémio ou fracção inicial não for pago no momento da celebração do contrato, fica desde já acordado entre a Tranquilidade – Corporação Angolana de Seguros, S. A. e o Tomador do Seguro, de acordo com o estipulado na legislação aplicável, que o prazo máximo para pagamento do prémio será de trinta (30) dias a contar da data de início do contrato ou da data em que a Tranquilidade informe o Tomador do Seguro das condições em que está disposta a garantir o risco, quando após a recepção da proposta, a Tranquilidade lhe tenha solicitado informações adicionais para a avaliação do risco.

Nota : Até o Tomador do Seguro proceder ao efectivo pagamento do prémio ou fracção inicial, o contrato encontra-se suspenso, não produzindo quaisquer efeitos.

DECLARAÇÃO DE DADOS PESSOAIS (AUTORIZAÇÕES)

O Cliente / Tomador do Seguro declara terem-lhe sido colocadas à disposição, no acto da celebração do contrato, as Condições Gerais aplicáveis ao Contrato de Seguro e prestadas todas as informações relevantes para a subscrição do mesmo, nomeadamente as suas principais características, âmbito das garantias e exclusões e demais esclarecimentos exigíveis nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente / Tomador do Seguro garante a exactidão e completude das declarações prestadas na presente proposta sob pena do referido contrato poder vir a ser anulado ou considerado nulo, nos termos previstos na legislação em vigor.

O Cliente / Tomador do Seguro expressamente consente que os dados pessoais facultados à Tranquilidade sejam objecto de tratamento pela mesma, mediante a respectiva integração numa base de dados e que sejam por aquela comunicados, sob regime de absoluta confidencialidade, a sociedades pertencentes ao mesmo Grupo económico, a mediadores de seguros a ela vinculados e a demais sociedades necessárias para o efectivo cumprimento das obrigações assumidas através do contrato, com o fim de adequar o fornecimento e publicidade dos produtos comercializados a cada pessoa.

O Cliente / Tomador do Seguro poderá ter acesso à informação que lhe diga directamente respeito, solicitando a sua correcção, aditamento ou eliminação, mediante contacto directo ou por escrito, junto da Tranquilidade.

Qualquer alteração à morada ou sede do Tomador do Seguro acima indicada deverá ser comunicada, por carta registada com aviso de recepção, à Tranquilidade no prazo de 30 dias a contar da data em que se verifica, sob pena de as comunicações ou notificações que a Tranquilidade venha a efectuar para a morada desactualizada serem consideradas válidas e eficazes.

Lido e Aprovado:

Assinatura conforme BI

O Segurado

8 DOCUMENTOS COMPROVATIVOS

- Cópia do bilhete de identidade ou outro documento equivalente no qual conste a filiação.
- Cópia da carta de condução ou outro documento em que conste a morada completa (por exemplo recibo de Água, Gás ou Electricidade).

Responsável pela Identificação

Assinatura

TRANQUILIDADE

SEDE Edifício ESCOM
Rua Marechal Brós Tito, 35
15.º D - Luanda - Angola
Capital Social Integralmente Realizado: AOA 747.790.000
Contribuinte n.º5402150761

☎ Linha Clientes:
Telefone: 936 197 350 / 1 / 2
Fax: 936 197 349
Número fixo: +244 226 434 510
www.tranquilidade.ao
apoio@tranquilidade.co.ao